ITEM 352 : PERITONITE AIGUË

Péritonite = inflammation aiguë du péritoine, localisée ou généralisée, de cause le plus souvent infectieuse
- Péritonite localisée = dissémination microbienne → dilatation capillaire et augmentation de la perméabilité péritonéale → épanchement liquidien septique : peut guérir spontanément, rester localisée (**plastron** ou **abcès**) ou se généraliser
- Péritonite généralisée : - **FDR** : concentration élevée de micro-organismes, immunodépression, germes virulents
  - **Séquestration liquidienne** → déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle
  - **Hyperperméabilité péritonéale** avec **libération d'endotoxines** → choc septique, SDRA, nécrose tubulaire aiguë, CIVD, embole septique, thrombose portale septique (pyléphlébite)

CLASSIFICATION DE HAMBOURG

Péritonite primaire

= **Infection spontanée mono-bactérienne** du péritoine, d'origine hématogène ou par translocation
- **Infection du liquide d'ascite** chez le cirrhotique
- **Infection à staphylocoque** sur cathéter chez le patient dialysé péritonéale
- **Péritonite spontanée à pneumocoque de l'adulte**
- **Péritonite tuberculeuse**

Péritonite secondaire *90%*

= Liées à la **diffusion** d'une infection abdominale localisée ou à la perforation d'un viscère digestif

Infection/perforation intra-abdominale
- **Appendicite**
- **Diverticulite sigmoïdienne**
- **Perforation d'ulcère gastroduodénal**
- **Cholécystite**
- **Infarctus mésentérique, volvulus**
- **Perforation digestive tumorale** ou **diastatique** en amont d'un obstacle
- **Colite** : **maladie de Crohn, RCH, typhoïde…**

Post-opératoire
- **Désunion anastomotique**
- **Contamination per-opératoire**

Post-traumatique
- **Plaie pénétrante**
- Traumatisme fermé : **perforation** ou **ischémie digestive**
- **Perforation endoscopique** ou **corps étranger**

Péritonite tertiaire

= Infection abdominale **persistante** malgré un traitement bien conduit (antibiothérapie adaptée et éradication du foyer primitif abdominal par une ou plusieurs interventions) : surinfection de la cavité abdominale par **des micro-organismes peu virulents (synergie)** mais devenus résistants ou des **levures**

Diagnostic

Clinique

- **Douleur abdominale** : intense, généralisée ou parfois localisée, de début brutal ou progressivement croissante, accompagnée ou non de **signes infectieux** (fièvre, frissons…) selon la cause
- **Signes d'irritation péritonéale** :
  . **Contracture** : contraction rigide, tonique, **invincible**, permanente douloureuse des muscles abdominaux
  . **Défense** (contracture atténuée)
  . **Douleur aiguë à la palpation du cul-de-sac de Douglas** au **TR**
  . **Douleur vive lors de la décompression brutale d'une fosse iliaque**
- **Attention aux signes fonctionnels urinaires révélant un abcès du cul de sac de Douglas**

→ Les signes péritonéaux peuvent être modérés, voire absent (notamment chez le sujet âgé ou dénutri, ou le nourrisson) ou difficiles à évaluer (notamment chez un patient obèse ou dans le coma)
- Recherche de **signes de gravité → intervention en urgence sans examen complémentaire** en cas de **choc**

Biologie

= **NFS, bilan de coagulation, groupage sanguin, ionogramme, bilan rénal, GDS, hémocultures, bilan hépatique, ECBU**
- Recherche de signes de gravité : **insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique**

Paraclinique

→ **Diagnostic clinique +++** : les examens complémentaires en précisent l'origine et la prise en charge, mais ne doivent pas retarder le traitement, et leur normalité ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic

ASP : Aucun intérêt de l'ASP

TDM AP+ : = Utile : - En cas d'examen clinique douteux (ID, péritonite asthénique du vieillard) ou difficile (obèse, péritonite post-opératoire, traumatisé de l'abdomen)
- Avant chirurgie si patient stable (permet d'orienter le geste)
- **Pneumopéritoine** (meilleure sensibilité que l'ASP), **épanchement liquidien intra-abdominal**
- Signe étiologique : **diverticulite, infiltration péri-appendiculaire…**

→ **Examen de référence**
Peut être remplacé si possible par une échographie chez l'enfant.

Etiologies

Causes principales	Début	Localisation des signes max	Fièvre/GB élevés	Pneumopéritoine
Appendiculaire	Progressif	Fosse iliaque droite	OUI	NON
Perforation d'ulcère	Brutal	Epigastre	NON au début	OUI
Perforation de diverticulite	Progressif	Fosse iliaque gauche	OUI	OUI

<table>
<tr><td rowspan="5">Prise en charge des péritonites secondaires</td><td>Perforation d'UGD</td><td colspan="2">= Tableau péritonéal sans fièvre et avec pneumopéritoine (tympanisme pré-hépatique)
- Contexte : antécédent d'ulcères, prise de médicament gastro-toxique (AINS ++)
- Douleur épigastrique de début brutal, diffusant ensuite à tout l'abdomen
- Absence de fièvre (ou de syndrome inflammatoire biologique) < 24h : péritonite chimique
- Contracture généralisée, ou localisée épigastrique avec défense dans le reste de l'abdomen
/!\ Endoscopie digestive haute formellement contre-indiquée /!\</td></tr>
<tr><td>Péritonite diverticulaire</td><td colspan="2">= Péritonite généralisée d'emblée (perforation brutale : péritonite en 1 temps) ou par perforation 2ndr d'un abcès péri-sigmoïdien compliquant une diverticulite (péritonite en 2 temps)
- Douleur de la fosse iliaque gauche dans un contexte infectieux
- Signes péritonéaux dans un 2nd temps : douleur généralisée, syndrome infectieux marqué
- Signes de choc (notamment en cas de péritonite stercorale, fréquente)
- Contracture généralisée ou localisée de la FIG avec défense des autres quadrants, TR douloureux
- ASP/RP : pneumopéritoine (souvent volumineux et bilatéral), iléus paralytique
- TDM : diverticulite = infiltration de la graisse péri-sigmoïdienne, abcès, liquide intra-abdominal</td></tr>
<tr><td>Péritonite appendiculaire</td><td colspan="2">= Péritonite généralisée d'emblée ou en 2 ou 3 temps (complique un abcès ou un plastron)
- Sujet jeune avec douleur de la FID progressivement croissante, fébricule
- Secondairement : douleur intense et généralisée à tout l'abdomen
- ASP : ø pneumopéritoine (le bas fond caecal ne communique pas avec la cavité péritonéale)</td></tr>
<tr><td>Péritonite post-opératoire</td><td colspan="2">= Fistule d'une anastomose digestive ou plaie opératoire méconnue de l'intestin : à J5-J7 ++
- Diagnostic souvent compliqué: douleur attribuée à l'opération ou masquée par l'antalgie, iléus imputé à l'opération, syndrome inflammatoire imputé à l'opération ou à une autre cause post-op
➙ A évoquer devant : - Fièvre survenant quelques jours après une chirurgie abdominale
- Dégradation inexpliquée des fonctions vitales
- Scanner avec opacification digestive : réalisé en l'absence d'autre cause de fièvre évidente</td></tr>
<tr><td colspan="3">➙ Urgence chirurgicale
- Mise en conditions : pose de 2 VVP, réhydratation IV, correction des troubles hydroélectrolytiques
- NFS, RAI, Groupe sanguin, hémostase, ionogramme, hémoc</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ABT IV</td><td>Non compliquée</td><td>- En 1ère intention : C3G + métronidazole ou Augmentin® + gentamicine
- Alternative si allergie : lévofloxacine + gentamicine + métronidazole</td></tr>
<tr><td>Sepsis grave/choc</td><td>- Pipéracilline-tazobactam ± gentamicine si choc septique
± Antifongique si ≥ 3 FDR : - Choc septique - Chirurgie sus-mésocolique
- Femme - Antibiothérapie depuis > 48h</td></tr>
<tr><td colspan="2">- Adaptée secondairement à l'hémoculture ou au prélèvement per-opératoire
- Durée courte : - 48h si péritonite localisée
- 5 jours si péritonite généralisée non compliquée
- Jusqu'à 15 jours si sévère ou formes nosocomiales</td></tr>
<tr><td>TTT chirurgical</td><td colspan="2">- Abord : - Par laparotomie médiane généralement
- Possible par coelioscopie : péritonite non grave appendiculaire ou par perforation d'ulcère
- Exploration complète et prélèvements bactériologiques multiples
- Traitement d'une perforation digestive selon la cause : appendicectomie, suture d'ulcère, résection intestinale sans rétablissement de continuité d'emblée (intervention de Hartmann)
- Lavage abondant de la cavité abdominale avec plusieurs litres de sérum tiède ± drains abdominaux</td></tr>
<tr><td>Surveillance</td><td colspan="2">- Signes généraux : hémodynamique, diurèse, fonction ventilatoire, fièvre
- Signes locaux : reprise du transit, disparition des signes péritonéaux
- Biologique : normalisation des PNN et de la fonction rénale</td></tr>
<tr><td>En l'absence d'amélioration</td><td colspan="2">- Conséquence toxinique : SDRA, nécrose tubulaire aiguë - Lâchage de suture
- Abcès résiduel (notamment sous phrénique ou Douglas) - Infection urinaire ou sur cathéter
- Antibiothérapie inadaptée ou posologie insuffisante - Accident thromboembolique</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Autres formes</td><td rowspan="2">Péritonite primaire</td><td colspan="2">= TTT médical : hospitalisation et antibiothérapie probabiliste en attendant l'antibiogramme</td></tr>
<tr><td>Dialysé péritonéal</td><td>= Généralement à staphylocoque, BGN ou Candida :
- Application intra-péritonéale de vancomycine + aminoside
- Discuter l'ablation du cathéter de dialyse en l'absence de réponse en 48h</td></tr>
<tr><td>Péritonite tertiaire</td><td colspan="2">- Patient souvent en défaillance viscérale multiple (intubés-ventilés, en réanimation)
- Microorganismes : nosocomiaux, souvent multi-résistants, difficile à traiter ➙ 30% de mortalité
- TTT chirurgical souvent impossible (état général ou état local) ➙ radiologie interventionnel</td></tr>
</table>